

Questionário sobre unidades de cuidados paliativos

Alternative survey instructions for use with a scannable form that uses bubbles rather than boxes for answer choices.

Responda às perguntas do questionário sobre os cuidados prestados ao paciente indicado na carta de apresentação do questionário por esta unidade de cuidados paliativos:

[NAME OF HOSPICE]

Todas as perguntas deste questionário dizem respeito à experiência com esta unidade de cuidados paliativos.

Se quiser mais informações sobre este questionário, ligue para [TOLL FREE NUMBER]. Todas as chamadas para este número são gratuitas.

OMB n.º 0938-1257
Prazo: 30 de novembro de 2027

Quem deve preencher o questionário?

- ◆ A pessoa da família com mais conhecimento sobre os cuidados paliativos recebidos pelo paciente indicado na carta de apresentação do questionário.

Como preencher o questionário

- ◆ Use uma caneta de cor escura.
- ◆ Responda a todas as perguntas preenchendo o círculo à esquerda da sua resposta, da seguinte forma:
 - Sim
- ◆ Por vezes, ser-lhe-á pedido que ignore algumas perguntas. Quando for o caso, verá uma seta com uma mensagem que indica para onde ir, da seguinte forma:
 - Sim → **Se Sim, vá para a Pergunta 1**
 - Não

Este questionário tem um número. Utilizamos este número para saber se entregou o seu questionário, para que não tenhamos de lhe enviar lembretes.

EXAMPLE

Sobre o paciente na unidade de cuidados paliativos

1. Qual é a sua relação com o paciente indicado na carta de apresentação do questionário? Ele/a é meu/minha:

- ☐ Cônjuge ou parceiro/a
- ☐ Pai ou mãe
- ☐ Sogra ou sogro
- ☐ Avô ou avó
- ☐ Tia ou tio
- ☐ Irmã ou irmão
- ☐ Filho ou filha
- ☐ Amigo ou amiga
- ☐ Outra opção (indique em letra de forma):

2. Para efeitos do presente questionário, a palavra "familiar" refere-se ao paciente mencionado na carta de apresentação do questionário.

Em que locais desta unidade de cuidados paliativos o seu familiar foi atendido? Escolha uma ou mais opções.

- ☐ Casa
- ☐ Instalações de residência assistida
- ☐ Casa de repouso
- ☐ Hospital
- ☐ Instalações/unidade de cuidados paliativos
- ☐ Outra opção (indique em letra de forma):

Sobre o seu papel

3. Enquanto o seu familiar esteve sob cuidados paliativos, com que frequência participou ou supervisionou os cuidados que lhe foram prestados?

- ☐ Nunca → **Se Nunca, vá para a Pergunta 32**
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Sempre